

蒲郡市不育症治療費等助成金交付申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者
住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費等の助成を申請します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名	生年月日	住所			
	夫	()	年 月 日	〒 ー			
	妻	()	年 月 日	□夫に同じ			
	電 話 番 号	()					
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者					
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者					
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預 金 種 別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	□ 申請者と同じ ()			
	口 座 番 号						(左詰記入)
加入している医療保険から付加給付・高額療養費の支給を受ける予定又は過去に受けたことがありますか。 ない ・ ある → 受ける予定がある ・ 過去 円受けた (年 月頃)							
領収金額合計 (ア)	金	円	付加給付額 (イ)	金	円		
高額療養費 (ウ)	金	円	本人負担額 (アーイーウ)	金	円		
申請額 (※)	金	円					

※ 本人負担額の1/2で、千円未満の端数を切り捨てる。上限15万円。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			